

2. Милованов, А. П. Патология системы мать-плацента-плод / А. П. Милованов. – М., 1999.
3. Цинзерлинг, В. А. Перинатальные инфекции (вопросы патогенеза, морфологической диагностики и клинико-морфологических сопоставлений) : практ. рук. / В. А. Цинзерлинг, В. Ф. Мельникова. – СПб., 2002.
4. Placental insufficiency and intrauterine growth retardation / N. A. Amato [et al.] // Minerva Ginecologica. – Edizioni Minerva Medica, 2007. – Vol. 59, N 4. – P. 357–367.
5. Fox, H. Pathology of the Placenta / H. Fox, N. J. Sebire. – 3-rd ed. – Philadelphia, 2007.

ПРЕЭКЛАМПСИЯ ИЛИ ПОЗДНИЙ ГЕСТОЗ – СОПОСТАВЛЕНИЕ КЛАССИФИКАЦИЙ

Радецкая Л.Е., Киселева Н.И., Мацуганова Т.Н., Бресский А.Г.
УО «Витебский государственный медицинский университет»

Цель работы – обобщение и систематизация данных по проблемам классификации и диагностики поздних гестозов.

Результаты исследования и обсуждение. Гестозами называют состояния беременных, которые возникают в связи с развитием плодного яйца и характеризуются разнообразными симптомами, исчезающими сразу или через некоторое время после окончания беременности. Приблизительно до конца XX века состояния эти назывались поздним токсикозом.

В учебнике акушерства 1986 года написано «К поздним токсикозам беременных относятся водянка, нефропатия, преэклампсия и эклампсия. ...В ряде зарубежных стран различают две клинические формы токсикоза: преэклампсию и эклампсию. К преэклампсии относят водянку, нефропатию и собственно преэклампсию. В нашей стране считают нецелесообразным объединение водянки, нефропатии и преэклампсии потому, что они различаются по клиническому течению, исходу и лечению.

Для нефропатии беременных характерна триада симптомов: отеки, повышение артериального давления и наличие белка в моче. Однако при нефропатии нередко выражены не три, а два из указанных выше симптомов: гипертензия и отеки, гипертензия и протеинурия, отеки и протеинурия.»

На протяжении последних 15-20 лет термин «токсикоз беременных» был заменен на «ОПГ-гестоз». Выделяли гестоз легкой, средней и тяжелой степени, преэклампсию и эклампсию. Преэклампсия и эклампсия, как и при предыдущей классификации, рассматривались как критические состояния, требующие немедленного родоразрешения. Степень тяжести ОПГ-гестоза оценивали по балльным шкалам Виттлингера или G.Goeke в модификации Г.М.Савельевой. Согласно последней протеинурией считается обнаружение белка в моче более 0,033 г/л, при уровне более 1,0 г/л протеинурия считается

высокой (3 балла). Показанием к антигипертензивной терапии был уровень АД $\geq 130/85$ мм рт. ст.

В 2011 году эксперты ВОЗ рекомендовали использовать следующую классификацию поздних гестозов: преэклампсия (умеренная и тяжелая) и эклампсия. При статистическом анализе осложнений беременности, наряду с преэклампсией, самостоятельно учитываются: хроническая артериальная гипертензия (АГ), гестационная артериальная гипертензия, отеки и протеинурия, вызванные беременностью. Если увеличение АД впервые было зарегистрировано во время беременности, АГ называется гестационной, если АГ существовала до беременности – хронической. При этом приняты следующие критерии постановки диагноза АГ: систолическое АД ≥ 140 мм.рт.ст., диастолическое АД ≥ 90 мм.рт.ст. при двух последовательных измерениях с интервалом не менее 4 часов [3,4]. Протеинурией во время беременности называется обнаружение $\geq 0,3$ г/л белка в 2 пробах мочи, взятых с интервалом в 6 часов или суточные потери белка $\geq 0,3$ г.

Таким образом, в современном понимании преэклампсия (ПЭ) – это патологическое состояние, возникающее во второй половине беременности, характеризующееся артериальной гипертензией ($\geq 140/90$ мм рт.ст.) в сочетании с протеинурией ($> 0,3$ г/сут), нередко отеками и проявлениями полиорганной / полисистемной дисфункции.

Изменение подхода к ведению пациенток с гипертензивными состояниями обусловлено, в том числе и тем, что результаты ряда исследований показали, что агрессивное снижение АД ниже 120-125/70-75 мм рт.ст. ведет к увеличению риска гипоперфузии и ишемических коронарных событий. Следует помнить, что у пациенток с АГ нарушена ауторегуляция кровотока, не допускающая снижения АД ниже критического уровня с точки зрения органной перфузии тканей. Результаты мета-анализа 45 рандомизированных клинических испытаний с использованием нескольких классов антигипертензивных препаратов при мягкой и умеренной АГ у беременных показали прямую линейную зависимость между снижением среднего АД и долей маловесных детей, причем не зависимо от типа АГ, применяемого препарата и продолжительности терапии [4]. По данным наших клинических наблюдений, быстрое снижение АД у беременных с поздним гестозом до 120-130/80-85 мм рт.ст. на фоне увеличения центрального венозного давления от 0-10 мм рт.ст. до 100 мм рт. ст., как правило, сопровождалось появлением признаков нарушения кровообращения плода («нулевой доплер»).

С целью сопоставления двух ныне действующих в современном акушерстве классификаций поздних гестозов нами произведена ретроспективная переоценка клинических диагнозов согласно классификации гестозов беременных по МКБ-10. Анализу подвергнуты 62 истории родов беременных, находившихся на лечении в акушерском отделении Витебской городской клинической больницы скорой медицинской помощи с диагнозом «Поздний гестоз средней степени тяжести».

Поздние гестозы средней степени тяжести разделились следующим образом: преэклампсия умеренная – 5(8,1%) пациенток, хроническая артериальная гипертензия – 13(21,0%), гестационная артериальная гипертензия – 32(51,6%), преэклампсия на фоне хронической АГ – 2(3,2%) беременных, отеки беременных – 8(12,9%).

ПЭ умеренная имела место в 5 случаях (8, %). При этом АД находилось на уровне 140/100 -150/100 мм рт.ст. у четырех человек, у одной пациентки было 140/80 мм рт.ст. Протеинурия колебалась в пределах 0,4-2,12 г/л. У всех были отеки голеней и часто кистей рук.

Из 32 случаев гестационной АГ у 29 пациенток (46,8%) АД было умеренно повышено 140-159/ 90-109 мм рт. ст. Отеки были у 26 из этих женщин, у 8 выявлялась протеинурия, но была ниже подлежащей учету для диагноза ПЭ (0,05-0,24 г /л). У 3 (4,8%) пациенток АД соответствовало критериям тяжелой гипертензии($\geq 160/\geq 110$ мм рт. ст.). У всех их отмечались отеки. Хроническая АГ была у 21% пациенток, при этом у 11 женщин из 13 имелись отеки голеней и кистей рук, у 3 – протеинурия на уровне 0,04-0,29г/л.

Отеки были у 8 пациенток, Локализовались на голенях и кистях рук, в 1 случае были генерализованными. У 3 из этих женщин выявлялась незначительная протеинурия (0,02-0,06 г/л).

Всего отеки имели место у 56 из 62 женщин (90,3%), гипертензия – у 52 из 62 (83,8%).

Заключение. Таким образом, при переходе на классификацию ВОЗ строгому учету и интенсивному лечению подлежит меньшее количество беременных (не учитывается протеинурия менее 0,3 г/л и АД $\leq 138/88$ мм рт.ст). ОПГ-гестоз средней степени тяжести и тяжелый разделяется на умеренную преэклампсию, гестационную АГ, отеки и протеинурию беременных.

Литература:

1. Бодяжина, В. И. Акушерство / В. И. Бодяжина, К. Н. Жмакин, А. П. Кирющенко. – М. : Медицина, 1986. – 496 с.
2. World Health Organization (WHO). WHO recommendations for prevention and treatment of preeclampsia and eclampsia. – Geneva (Switzerland) : World Health Organization (WHO), 2011. – 38 p.